

I. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

NÚMERO DE AFILIACIÓN O EXPEDIENTE: _____ FOLIO: _____

NOMBRE: _____ RFC: _____ CURP: _____

APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE (S)

FECHA DE NACIMIENTO: SEXO: EDAD: AÑOS MESES

DÍA MES AÑO MASC. FEM.

RESIDENCIA ACTUAL: _____

CALLE: _____ COLONIA: _____

NÚMERO EXTERIOR NÚMERO INTERIOR

LOCALIDAD: _____ MUNICIPIO: _____ ESTADO: _____

ENTRE CALLE: _____ Y CALLE: _____ C.P.: _____

TELÉFONO: LADA: _____ - _____

II. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN

| | DÍA | MES | AÑO |
|---|----------------------|----------------------|----------------------|
| FECHA DE PRIMER CONTACTO CON SERVICIOS DE SALUD: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA JURISDICCIÓN O EQUIVALENTE: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| FECHA DE NOTIFICACIÓN A LA COORDINACIÓN ESTATAL: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| FECHA NOTIFICACIÓN A LA DIRECCIÓN GENERAL DE EPIDEMIOLOGÍA: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| FECHA DE ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

III. UNIDAD NOTIFICANTE Y TRATANTE

NOMBRE DE LA UNIDAD NOTIFICANTE: _____ INSTITUCIÓN: _____

NOMBRE DE LA UNIDAD TRATANTE: _____ INSTITUCIÓN: _____

DOMICILIO: _____ DERECHOHABIENTE: _____ NO. DE EXP. (FILIACIÓN): _____

DIAGNÓSTICO DE INGRESO: _____

IV. ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

NÚMERO DE DOSIS DE TOXOIDE TETÁNICO DIFTÉRICO /DPT/Tdap: _____ FECHA DE ÚLTIMA DOSIS:

DÍA MES AÑO

FUENTE DE INFORMACIÓN: CARTILLA CARNET VERBAL OTROS

V. TIPO DE LESIÓN

FECHA DE LA LESIÓN:

DÍA MES AÑO

VÍA DE ENTRADA: HERIDA FRACTURA QUEMADURA USUARIO DE DIV SE IGNORA OTRA ESPECIFIQUE: _____

VI. CUADRO CLÍNICO

FECHA DE INICIO:

DÍA MES AÑO

FIEBRE DISFAGIA OPISTÓTONOS ESPASMOS CONVULSIONES TRISMUS RIGIDEZ DE CUELLO OTROS ESPECIFIQUE: _____

VII. SEGUIMIENTO

HOSPITALIZADO: SI NO FECHA DE ALTA HOSPITALARIA:

DÍA MES AÑO

EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD: 1=DEFUNCIÓN (AENEXE COPIA DEL CERTIFICADO), 2=RECUPERACIÓN, 9=SE IGNORA FECHA DE DEFUNCIÓN:

DÍA MES AÑO

VIII. OBSERVACIONES

OBSERVACIONES: _____

IX. ELABORACIÓN

MÉDICO TRATANTE: _____

MÉDICO QUE ELABORÓ EL ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO: _____

MÉDICO QUE AUTORIZÓ: _____ CARGO: _____ TELÉFONO: LADA: _____ - _____